

Rizikové životní pojištění s dividendou

Číslo nové pojistné smlouvy

Ruší a nahrazuje se pojistná smlouva číslo

Osobní údaje

1. Pojistník/pojištěný (Oprávněná osoba)

Plátce pojistného

P 1

Identifikační údaje podle:

* Je-li označeno ANO, považuje se pojistník/pojištěný za PEP, tj. za politicky exponovanou osobu ve smyslu zákona č. 253/2008 Sb.

** Není-li vyplněno, platí daňové rezidenství v ČR

Korespondenční adresa:

2. Pojištěný (Oprávněná osoba)

P 2

Údaje o pojištění

Pojistěný P 1

Události s dlouhodobým dopadem

Pojištění pro případ smrti nebo dožití s rizikovou dividendou
POJIŠTĚNÍ PRO PŘÍPAD SMRTI

PŘIPOJIŠTĚNÍ INVALIDITY

KOMBINACE SMRT/INVALIDITA

ÚRAZOVÉ POJIŠTĚNÍ

PŘIPOJIŠTĚNÍ HORNÍCH KONČETIN

	Odchylný konec pojištění	Pojistná částka
Pojištění pro případ smrti	2 0	Kč [*]
Pojištění pro případ smrti s ročně klesající PČ	2 0	Kč [*]
2 0 Výše jednorázové výplaty v případě uznání invalidity III. stupně s klesající PČ		Kč
% fixovat Výše jednorázové výplaty v případě uznání invalidity II. stupně s klesající PČ		Kč
Výše jednorázové výplaty v případě uznání invalidity třetího stupně s konstantní PČ	2 0	Kč
Dlouhodobá péče (roční důchod)	2 0	Kč [*]
1. riziko dle SU/PPR/15 ano		
Zproštění od placení pojistného, platí pro složky označené*) ano ne		
Smrt úrazem (2x pojistné plnění v případě dopravní nehody)		Kč
Trvalé následky s až šestinásobným progresivním plněním PROG6 od 0,5 %		Kč
od 10 %		Kč
Onemocnění a trvalé následky úrazu bez progresivního plnění (plný rozsah)		Kč
Trvalé následky úrazu bez progresivního plnění (omezený rozsah)		Kč

Události s dočasným vlivem

VELMI ZÁVAŽNÁ ONEMOCNĚNÍ

ZTRÁTA ŘIDIČSKÉHO OPRAVNĚNÍ

ÚRAZOVÉ POJIŠTĚNÍ

ZDRAVOTNÍ POJIŠTĚNÍ

Denní dávka při pracovní neschopnosti

Pojištění nemocniční denní dávky

Připojištění velmi závažných onemocnění (34 dg)	2 0	s ročně klesající PČ	Kč [*]
(4 dg)	2 0	omezený rozsah	Kč [*]
Výše měsíční renty			Kč
Denní odškodné od 10. dne léčení 29. dne léčení 43. dne léčení			Kč/den
zpětně			
OSVČ zaměstnanec od 15. dne PN 29. dne PN 43. dne PN			Kč/den
Nemocniční denní dávky (nemoc + úraz - plný rozsah)			Kč/den
Nemocniční odškodné - hospitalizace následkem úrazu dle UCZ/U/15 (omezený rozsah)			Kč/den

Pojistěný P 2

Události s dlouhodobým dopadem

POJIŠTĚNÍ PRO PŘÍPAD SMRTI

Pojištění pro případ smrti	2 0	Kč
Pojištění pro případ smrti s ročně klesající PČ	2 0	Kč

PŘIPOJIŠTĚNÍ INVALIDITY

2 0

Výše jednorázové výplaty v případě uznání invalidity III. stupně s klesající PČ

Kč

Výše jednorázové výplaty v případě uznání invalidity II. stupně s klesající PČ

Kč

% fixovat

Výše jednorázové výplaty v případě uznání invalidity I. stupně s klesající PČ

Kč

Výše jednorázové výplaty v případě uznání invalidity třetího stupně s konstantní PČ

2 0

Kč

Dlouhodobá péče (roční důchod)

2 0

Kč

1. riziko dle SU/PPR/15 ano

KOMBINACE SMRT/INVALIDITA ÚRAZOVÉ POJIŠTĚNÍ

Smrt úrazem

(2x pojistné plnění v případě dopravní nehody)

Kč

Trvalé následky s až šestinásobným progresivním plněním PROG6

od 0,5 %

Kč

od 10 %

Kč

Onemocnění a trvalé následky úrazu bez progresivního plnění (plný rozsah)

Kč

Trvalé následky úrazu bez progresivního plnění (omezený rozsah)

Kč

Události s dočasným vlivem

VELMI ZÁVAŽNÁ ONEMOCNĚNÍ

Připojištění velmi závažných onemocnění (34 dg) 2 0 s ročně klesající PČ

Kč

(4 dg) 2 0 omezený rozsah

Kč

ZTRÁTA ŘIDIČSKÉHO OPRAVNĚNÍ

Výše měsíční renty

Kč

ÚRAZOVÉ POJIŠTĚNÍ

Denní odškodné od 10. dne léčení 29. dne léčení 43. dne léčení

Kč/den

ZDRAVOTNÍ POJIŠTĚNÍ

zpětně

Denní dávka při pracovní neschopnosti

OSVČ zaměstnanec od 15. dne PN 29. dne PN 43. dne PN

Kč/den

Pojištění nemocniční denní dávky

Nemocniční denní dávky (nemoc + úraz - plný rozsah)

Kč/den

Nemocniční odškodné - hospitalizace následkem úrazu dle UCZ/U/15 (omezený rozsah)

Kč/den

Nadstavbová rizika

MedUNIQA

P1 P2

Zdravotní asistence

Druh / Družka: Příjmení, jméno

Rodné číslo

DAS

Odpovědnost

Investiční pojistné

Kč

Kč*)

POJIŠTĚNÍ DĚTÍ A STUDENTŮ DO 26 LET

Příjmení a jméno

Rodné číslo

D 1

D 2

D 3

Události s dlouhodobým dopadem

Události s dočasným vlivem

Nadstavba

Připojištění invalidity pro děti

Snižená soběstačnost

Trvalé následky úrazu od 0,5 % s progresí PROG6

Připojištění velmi závažných onemocnění

Pojištění nemocniční denní dávky

Pojištění ošetřování nemocného dítěte

Denní odškodné za úraz od 8. dne léčení zpětně

TOP ASISTENCE

Výše ročního důchodu v Kč

ano ne

Pojistná částka v Kč

Pojistná částka v Kč

Pojistná částka v Kč/den

Pojistná částka v Kč/den

Pojistná částka v Kč/den

ano ne

D 1

ano ne

D 2

ano ne

D 3

ano ne

ano ne

Pojistné (splátka)

Pojistné (splátka) CELKEM

Kč

Indexace

Indexace se sjednává u pojištěného P1 a P2 pro následující uvedená pojištění či připojištění jsou-li sjednána. Pojištění pro případ smrti, Pojištění pro případ smrti s ročně klesající PČ, Připojištění velmi závažných onemocnění, Investiční pojištění, Zproštění od placení pojistného.

NESOUHLASÍM/E se sjednáním indexace

Zaměstnavatel

(pokud je pojistné placeno zaměstnavatelem)

Obchodní jméno firmy

IČ

Z toho placeno zaměstnavatelem

Kč

Způsob placení pojistného

ročně pololetně čtvrtletně měsíčně Pojistné celkem splatné k každého roku

inkasem z účtu: kód banky předčíslí číslo účtu

trvalým příkazem SIPO: kód banky 9 9 9 9 spojovací číslo plátce

Volba investičního programu

Typ programu:

podíl investované částky

Investplan

Počet let

Následný investiční program

Neuvedením žádného investičního programu žádám a zpřimochuji UNIQA pojišťovnu, a.s. k investování příslušné části pojistného do Investičního programu s garantovaným zhodnocením

Investiční program I: STABILNÍ

%

Investiční program II: SMÍŠENÝ

%

Investiční program III: DYNAMICKÝ

%

Investiční program IV: AKCIOVÝ

%

Investiční program s garantovaným zhodnocením

%

C - QUADRAT STRATEGIE AMI

%

Investiční program INDEXOVÝ

%

Obmyšlená osoba v případě smrti pojištěného P1 (u dvojice pojištěných se nevyplňuje)

Příjmení, jméno, datum narození, nebo jen vztah

Podíl v %

Daňový režim

Já pojištník žádám, aby pojištní smlouva splňovala podmínky pro uplatnění odpočtu zaplaceného pojistného od základu daně dle ust. § 8 odst. 7. zákona č. 586/1992 Sb., o daních z příjmu, ve znění pozdějších předpisů. Ne nežádám

myUNIQA

Já pojištník žádám o zřízení přístupu do online aplikace myUNIQA a souhlasím s tím, že mým uživatelským jménem bude mé RČ. Nesouhlasím s registrací.

Pojišťovací zprostředkovatel

Osoba oprávněná k uzavření návrhu, identifikaci a kontrole účastníka obchodu

Prohlašuji, že jsem v souladu se zákonem č. 253/2008 Sb., o některých opatřeních proti legalizaci výnosů z trestné činnosti a financování terorismu, zaznamenal a ověřil identifikační údaje pojištníka z výše uvedeného průkazu totožnosti, ověřil shodu jeho podoby s vyobrazením ve výše uvedeném průkazu totožnosti a učinil dotaz na pojištníka, zda je či není politicky exponovanou osobou ve smyslu zákona č.253/2008 Sb.

Prohlášení zprostředkovatele a za pojištníka převzat

Zaškrtnutím tohoto pole zprostředkovatel prohlašuje, že v návrhu smlouvy našel údaj o státní nebo daňové příslušnosti k USA (FATCA indicii)

Osoba, která provedla identifikaci, prohlašuje, že podoba identifikované osoby je shodná s vyobrazením na průkazu totožnosti.

Číslo záznamu o potřebách klienta

OVB Allfinanz, a.s.

7 0 0 1 3 1 3 6

Pojišťovací zprostředkovatel

Číslo

Osobní číslo

Registrační číslo přidělené ČNB

Příjmení, jméno

Požadovanou variantu zakřížkujte!

Telefon

2/4

E-mail

@

Datum

Číslo nové pojistné smlouvy

Prohlášení pojštěného/ných

Já pojštěňovaná osoba prohlašuji, že nejsem v pracovní neschopnosti a nemám nebo jsem neměl omezenou pracovní schopnost nebo invalidní důchod.

P 1 **Nesouhlasím (Vyplňte celý zdravotní dotazník)** P 2 **Nesouhlasím (Vyplňte celý zdravotní dotazník)**

Souhlas pojštěníka a pojštěného/ných s automatickou úpravou pojštěné ochrany oproti návrhu

V případě zvýšeného pojštěného rizika souhlasím/e s úpravou investičního pojštěného, případně pojštěných částek pro případ smrti při zachování celkové výše pojštěného (splátky pojštěného).

NESOUHLASÍM/E s uvedenou úpravou a přejí/eme si navýšení celkové výše pojštěného (splátky pojštěného)

Všeobecné dotazy

- Máte uzavřena nebo máte zařáďáno o další životní, úrazová, zdravotní nebo důchodová pojštění u UNIQA pojštěňovny, a.s. nebo jiných pojštěňitelů?
- Bylo Vám již v minulosti životní, úrazové nebo zdravotní pojštění, v němž jste byl pojštěněm, odmítnuto, přijato za ztížených podmínek nebo vypovězeno?
- Jste nebo budete vystaven zvýšenému nebezpečí v zaměstnání nebo sportu? (např. silné záření, výbušnyny, potápění, soukromé a sportovní lety, horolezectví, parašutismus, paraglíding, rogalo, bungee-jumping, extrémní a adrenalinové sporty, apod.)
- Provozujete sport registrované ve sportovních organizacích?
- Provozujete rekreační sport? Jaký?

Pojštěňý

P 1

ne ano Název pojštěňovny? Druh pojštění? Pojistná částka?

ne ano Kdy? U kterého pojštěitele?

ne ano Kterým?

ne ano Pokud ano, jaký? V jakých soutěžích?

ne ano

Pojštěňý

P 2

ne ano Název pojštěňovny? Druh pojštění? Pojistná částka?

ne ano Kdy? U kterého pojštěitele?

ne ano Kterým?

ne ano Pokud ano, jaký? V jakých soutěžích?

ne ano

Zdravotní dotazník

Pojštěňý

P 1

ne ano (s doplněním informací)

Pojštěňý

P 2

ne ano (s doplněním informací)

- Utrpěl jste úrazu? Jaké? Kdy? Zanechaly trvalé následky? U úrazů končetin uveďte stranu (levá/pravá) a lokalizaci.
- Máte nebo měl jste omezenou pracovní schopnost nebo invalidní důchod? Od kdy, do kdy? Diagnóza? Pokud jde o invalidní důchod, uveďte stupeň.
- Trpíte nebo trpěl jste chorobami nebo obtížemi nerv. systému (např. obrna, epilepsie, skleróza multiplex) nebo psych. poruchami (např. deprese)? Kdy? Jakými?
- Trpíte nebo trpěl jste chorobami nebo obtížemi kloubními, kostními nebo svalovými (např. revma, onemocnění páteře, kolenního kloubu, ostatní klouby)? Kdy? Jakými?
- Kdo je Vaším ošetřujícím lékařem? (Kde máte vedenu Vaši zdravotní dokumentaci?) Jméno, adresa, telefon.
- Ošetřovali Vás v posledních 3 letech také jiní odborní lékaři? Jméno, adresa, telefon. Důvod?
- Jste v současné době v pracovní neschopnosti? Diagnóza?
- Jste v současné době dlouhodobě sledován nebo léčen pro nějaké onemocnění či úraz? Diagnóza? Od kdy?
- Užíváte nebo užíval jste pravidelně léky? Jaké, od kdy, do kdy?
- Užíváte nebo užíval jste pravidelně návykové látky (drogy, alkohol)? Druh? Kolik? Kdy?
- Léčíte se, léčil jste se nebo Vám byla doporučena léčba z důvodu závislosti? Jaké? Od kdy? Do kdy?
- Kouříte? Kolik denně?
- Vaše tělesná výška a váha?

Jakými? Od kdy? Do kdy? Současný stav?

Jakými? Od kdy? Do kdy? Současný stav?

Trpíte nebo trpěl(a) jste chorobami nebo obtížemi:

- srdce, oběhového ústrojí, cév (např. zvýš. krevní tlak, infarkt, angina pectoris, mrtvice, bolest na hrudníku, dušnost, poruchy prokrvení, křečové žíly, trombóza)? Kdy? Jakými?
- smyslových orgánů (např. očí, jako oční vada nad 8 dioptrií, onemocnění uší nebo nosu)? Kdy? Jakými?
- dýchacích orgánů (např. opakované bronchitidy, astma)? Kdy? Jakými?
- trávicího ústrojí (např. žaludek, střeva, žlučník, játra, slinivka břišní)? Kdy? Jakými?
- ledvin, močových cest (např. močový měchýř, záněty, kameny)? Kdy? Jakými?
- onemocněním krve, poruchami imunitního systému (např. alergie, HIV infekce, AIDS, infekční nemoci)? Kdy? Jakými?
- poruchami látkové výměny (např. cukrovka, zvýšené krevní tuky - cholesterol a další, dna, štítná žláza a další)? Kdy? Jakými?
- kožními nemocemi (např. ekzémy, plísně)? Kdy? Jakými?
- mužských nebo ženských pohlavních orgánů (prostata, varlata, děloha, vaječníky, prsní žláza)? Kdy? Jakými?
- Existují nebo existovaly nádory (např. karcinomy, sarkomy, leukemie, lymfomy a další) nebo vrozené či získané vady? Kdy? Jaké?
- Byl jste operován nebo Vám byla operace doporučena? (Mimo slepého střeva a mandlí.) Kdy? Diagnóza?
- Byla někdy zapotřebí chemoterapie, ozařování? Kdy? Důvod?
- Byl jste v nemocničním ošetření? Kdy? Důvod? Výsledek?
- Trpíte dalšími zdravotními obtížemi neuvedenými výše? Jakými?
- Byl Vám proveden test na přítomnost viru HIV? Výsledek?
- Podrobil jste se v posledních 6 měsících nějakému laboratornímu vyšetření, vyšetření srdce (např. EKG), počítačové tomografii, ultrazvuku, byl jste rentgenován? Druh? Důvod? S jakým výsledkem?
- Vyskytly se u Vašich rodičů nebo sourozenců do 60-ti let věku onemocnění srdce nebo krev. oběhu (např. srdeční infarkt, angina pectoris, mrtvice, hypertenze), onemocnění ledvin, cukrovka, zhoubné nádory, duševní choroba, popř. jiná závažná onemocnění? U koho? Jaké?

Jakými? Od kdy? Do kdy? Současný stav?

Jakými? Od kdy? Do kdy? Současný stav?

Základní informace k jednotlivým druhům pojistné ochrany naleznete v produktovém listu, který je součástí desek tohoto návrhu.

SMLUVNÍ UJEDNÁNÍ

Ujednáva se, že odchýlně od DPP Ž/ÍŽP/15 čl.8 bod 8.3. změnou pojištění na pojištění bez placení pojistného zaniká sjednané pojištění pro případ smrti. Ujednáva se, že odchýlně od DPP Ž/ZPP/15 čl. 2.4. v případě přiznání zproštění od placení pojistného nezaniká sjednané připojištění velmi závažných onemocnění. Ke dni sjednaného konce placení pojistného zanikají všechna sjednaná doplňková pojištění a připojištění. Při sjednání životního pojištění pro případ smrti s ročně klesající pojistnou částkou klesá pojistná částka každý rok o jednu n-tinu pojistné částky, přičemž n je sjednaná doba placení tohoto pojištění od data jeho změny/vzniku. Při sjednání připojištění velmi závažných onemocnění s ročně klesající pojistnou částkou, klesá pojistná částka každý rok o jednu n-tinu pojistné částky, přičemž n je sjednaná doba placení tohoto připojištění od data jeho změny/vzniku. U životního pojištění pro případ smrti se ujednává právo na odkupné po pěti letech od počátku tohoto pojištění. Ujednáva se, že v případě ukončení doplňkového pojištění či připojištění uplynutím sjednané doby tohoto pojištění nebo připojištění dojde k navýšení či zavedení investičního pojistného a celková výše lhůtního pojistného se tímto nezmění (tzv. reinvestice). Při sjednání pojištění dvojice osob pro případ smrti platí následující ustanovení: Jestliže v době trvání pojištění zemře pojištěný P1, vyplatí pojistitel pojistné plnění ze sjednaných pojistných částek pro případ smrti pojištěného P1 pojištěnému P2 a pojistná smlouva zaniká. Jestliže v době trvání pojištění zemře pojištěný P2, vyplatí pojistitel pojistné plnění ze sjednaných pojistných částek pro případ smrti pojištěného P2 pojištěnému P1 a smlouva zůstává nadále v platnosti. V případě, že by v době trvání pojištění zemřeli oba pojištění najednou, vyplatí pojistitel pojistné plnění takto: ze sjednaných pojistných částek pro případ smrti pojištěného P1 vyplatí pojistitel pojistné plnění osobám podle čl. 7 VPP UCZ/Ž/15 prvního pojištěného a ze sjednaných pojistných částek pro případ smrti pojištěného P2 vyplatí pojistitel pojistné plnění osobám podle čl. 7 VPP UCZ/Ž/15 druhého pojištěného a pojistná smlouva zaniká. Pojištění denních dávek při pracovní neschopnosti se sjednává jako pojištění obnosové dle VPP UCZ/DDPN/15, čl.2, odst.3. Ujednáva se následující postup při uzavření více smluv pojištění denních dávek vč. připojištění a sdruženého pojištění v rámci životního pojištění a při likvidaci jedné pojistné události: ze všech uzavřených pojištění denních dávek při pracovní neschopnosti vznikne pojištěnému nárok na pojistné plnění ze smlouvy, kde je sjednána nejvyšší pojistná částka. Ze všech dalších smluv pojištění denních dávek při pracovní neschopnosti vzniká nárok na pojistné plnění max. ve výši 1.000 Kč/den pro dospělé. Odchýlně od VPP pro komerční zdravotní pojištění - pojištění MeDUNIQA - zvláštní část UCZ/ZA/15, článek 2, odstavec 2.1. a) není předmětem pojištění služeb dosažitelných 24 hodin denně na bezplatné lince organizace zprostředkování ambulantního vyšetření nebo ošetření pojištěného u lékaře specialisty ve vybrané síti smluvních zdravotnických zařízení pojistitele. Navrhovatel bere na vědomí, že pojistitel může upravit výši pojistného v důsledku elektronického zpracování dat až o 1 %, aniž by to bylo považováno za protinávhr podle čl. 4, odst 4.3. VPP UCZ/15. Aktuálním daňovým předpisem, který se vztahuje k životnímu pojištění, je zákon č. 586/1992 Sb. o daních z příjmů ve znění pozdějších předpisů. Odstoupení od pojistné smlouvy lze zaslat na adresu: UNIQA pojišťovna a.s., správa pojištění osob, Evropská 136, 160 12, Praha 6. Případné stížnosti oprávněných osob lze zaslat písemnou formou kontrolnímu útvaru pojistitele na výše uvedenou adresu nebo ČNB (sekce regulace a dohledu nad pojišťovnamí).

RIZIKA PŘI INVESTOVÁNÍ DO FONDŮ CENNÝCH PAPIRŮ

Při investování do fondů cenných papírů je třeba vzít v úvahu, že hodnota cenných papírů v závislosti na vývoji kapitálového trhu může stoupat i klesat (nejistý vývoj výnosů, výkyvy kurzů cenných papírů, výkyvy směnných kurzů, předčasné ukončení). Aktuální složení a vývoj výkonnosti jednotlivých investičních programů lze nalézt na webových stránkách pojistitele. Pojistitelem pověřený správce minimalizuje rizika u investic do cenných papírů a zvyšuje šance růstu hodnoty pojistných plnění. Úspěšnost investic však není možno garantovat. Potvrzují, že jsem obdržel(a) všechny informace k ochraně mých zájmů s ohledem na investiční riziko, které nesu. Je mi známo, že tento způsob investování slouží k středně až dlouhodobému zhodnocení vložených prostředků. Prohlašuji, že jsem byl(a) informován(a) o možnostech a riziku při investování do fondů cenných papírů.

Prohlášení pojistníka a pojištěného/ných

Potvrzují, že jsem převzal(a), byl(a) jsem seznámen(a) a souhlasím s tímto návrhem a uvedenými všeobecnými a doplňkovými pojistnými podmínkami a smluvními ujednáními, které tvoří nedílnou součást pojistné smlouvy, smluvním ujednáním na tomto návrhu a možnými riziky při investování do fondů cenných papírů: UCZ/15, UCZ/Ž/15, Ž/ÍŽP/15, Poplatky v investičním životním pojištění, SP/ÍŽP/15, IŽP/Mim/15, SU/INVESTPLAN/15, Ž/ZPP/15, SU/PPR/15, Ž/VZO/15, UCZ/U/15, DPP/RPHK/15, UCZ/ZAS/15, UCZ/DDPN/15, UCZ/NDD/15, UCZ/ZA/15, Ž/PIF/15, Ž/PI3/K/15, Ž/PDP/15, Ž/DPP/RIDIC/15, DAS/UCZ/ZČ/15, DAS/UCZ/Ž/15, Ž/DPP PID/15, UCZ/NDD/D/15, Ž/OND/15, Ž/VZOD/15, Ž/Odpo/15, Ž/DPP/FIR/15, SU/Ž/OPCE/14G a Ž/ÍŽP/Ind/14G. Potvrzují, že jsem převzal(a) originální CD nosič, který obsahuje výše uvedené všeobecné a doplňkové pojistné podmínky a Poplatky v investičním pojištění a zároveň se zavazují, že nebudou originální formát CD kopírovat či jeho obsah jakkoliv měnit. V případě porušení této povinnosti se zavazují uhradit pojistiteli náhradu škody, jež mu vznikne v důsledku mého neoprávněného zásahu do obsahu dat na nosiči CD, jak je výše uvedeno. Rovněž potvrzují, že jsem převzal(a) přehled předpokládaných nároků z pojištění (vývoj odkupného), byl(a) seznámen(a) s aktuálními oceňovacími tabulkami úrazového pojištění. Ve smyslu těchto podmínek a smluvních ujednání žádám o uzavření pojištění v rozsahu uvedených pojištění a připojištění. Jednotlivá sjednaná pojištění či připojištění mají samostatný právní režim. Prohlašuji, že jsem na všechny písemné dotazy pojistitele odpověděl(a) pravdivě a úplně. Prohlašuji, že mi byly poskytnuty v dostatečném předstihu před uzavřením pojistné smlouvy přesným, jasným a srozumitelným způsobem, písemně a v českém jazyce (i v jiném požadovaném jazyce) informace o pojistném vztahu a že jsem byl(a) seznámen(a) s obsahem informačního listu pro sjednávání pojištění, které jsem převzal(a) a s obsahem všech souvisejících pojistných podmínek (viz výše), které jsem převzal(a). Prohlašuji, že tento návrh na uzavření pojištění odpovídá mému pojistnému zájmu, mým pojistným potřebám a požadavkům a že všechny mé dotazy, které jsem položil(a) pojistiteli nebo jím pověřenému zástupci, byly náležitě zodpovězeny a že s rozsahem a podmínkami pojištění jsem srozuměn(a). Já pojištěný(á) prohlašuji, že jsem byl(a) informován(a) o právu pojistníka na vyplacení odkupného v případě zániku pojistné smlouvy a souhlasím s tím, aby bylo odkupné vyplaceno pojistníkovi, a to i v případě smluvně dojednaného práva pojistníka na výplatu odkupného. Souhlasím s tím, aby pojistitel pro potřeby identifikace účastníka obchodu podle zákona č. 253/2008 Sb., o některých opatřeních proti legalizaci výnosů z trestné činnosti, pořídil fotokopii dokladu totožnosti, na jehož základě byla provedena identifikace. Zavazují se, že bez zbytečného odkladu nahlásím jakoukoliv změnu zpracovávaných osobních a identifikačních údajů. Souhlasím s tím, aby UNIQA pojišťovna, a.s. a její zprostředkovatelé a D.A.S. Rechtsschutz AG, pobočka pro ČR, zpracovávali ve smyslu zák. č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů, ve znění pozdějších předpisů (dále jen zákon), mé osobní a citlivé údaje v rámci činnosti v pojišťovnictví a činnosti související s pojišťovací a zajišťovací činností podle ustanovení § 1 a § 2 zákona č. 277/2009 Sb., o pojišťovnictví, ve znění pozdějších předpisů, a to po dobu nezbytně nutnou k zajištění a plnění povinností plynoucích z tohoto smluvního vztahu. Dále souhlasím s tím, aby mé osobní údaje byly poskytnuty i ostatním subjektům podnikajícím v oblasti pojišťovnictví, bankovníctví. Ve smyslu ustanovení § 27 zákona souhlasím s předáváním osobních údajů do jiných států. Rovněž souhlasím, aby pojistitel v případě zjištění relevantních údajů týkajících se mé osoby v návaznosti na ustanovení mezivládní dohody mezi Českou republikou a Spojenými státy americkými, ustanoveními FATCA (Foreign Account Tax Compliance Act) a zákona č. 330/2014 Sb., o výměně informací o finančních útech se Spojenými státy americkými pro účely správy daní, poskytoval správci daně požadované informace. Výše uvedené souhlasy mohou kdykoliv odvolat písemnou formou. Jsem výslovně srozuměn(a) s tím, že odvolání souhlasů může mít za následek zánik pojistné smlouvy. Prohlašuji, že jsem byl(a) dostatečně a srozumitelně poučen(a) o svých právech vyplývajících ze zákona a výše uvedené souhlasy dávám po celou dobu trvání závazků plynoucích z tohoto pojištění, a to i pro ta pojištění či připojištění, která budou sjednána dodatečně. Souhlasím s tím, aby mě UNIQA pojišťovna, a.s., a její zprostředkovatelé případně kontaktovali za účelem nabídky produktů a služeb, popřípadě za jiným marketingovým účelem z oblasti pojišťovnictví a bankovníctví, a to také formou e-mailového sdělení nebo telefonického kontaktu. Prohlašuji, že jsem na všechny písemné dotazy pojistitele odpověděl(a) pravdivě a úplně. Zmocňuji UNIQA pojišťovnu a.s., k nahlédnutí do úředních, lékařských či jiných podkladů a dokumentů jiných pojištěných v souvislosti s uzavřením pojištění a s vyřizováním pojistných událostí. Tímto zmocněním dotazované instituce zprošťují povinnosti zachovávat mlčenlivost, a to i na dobu po mé smrti. Souhlasím, aby pojistitel přímo nebo prostřednictvím pověřeného zdravotnického zařízení podle potřeby zjišťoval můj zdravotní stav. Prohlašuji, že všechny lékaře a zdravotnická zařízení, kteří mne léčili nebo s nimiž jsem svůj stav konzultoval, zbavuji povinnosti zachovávat mlčenlivost vůči UNIQA pojišťovně, a.s. Na základě tohoto prohlášení je zmocňuji k vyhotovení a vydání lékařských zpráv a výpisu ze zdravotní dokumentace.

Datum

Podpis pojistníka (navrhovatele) / pojištěného P1

Podpis pojištěného P2

Podpis pojišťovacího zprostředkovatele

Podpis zákonného zástupce u nezletilých